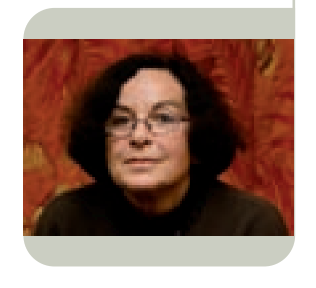
La prise en charge médico-psychologique des pédophiles dans le cadre du suivi socio-judiciaire : dispositif, données juridiques et cliniques

Postrelease mandatory medico-psychologic treatment of pedophiles: clinical and judiciary monitoring



C. de Beaurepaire*

Les pédophiles relèvent-ils du champ médical ou bien du champ judiciaire ? Qu'entend-on par "dispositif médico-judiciaire" ? Que penser de sa légitimité, de son intérêt et de ses limites ? La société, ses lois, son opinion publique et l'ensemble de ses acteurs, politiques, judiciaires et médicaux, s'accommodent depuis plus de 20 ans de l'ambiguïté du concept, le focus s'étant déplacé peu à peu de la personne et de son acte sur la victime et sur la collectivité en tant que victime potentielle. Une infraction n'est plus considérée comme l'acte commis par une personne donnée, impliquant sa singularité historique et contextuelle, mais comme une menace en soi et un danger pour la collectivité. L'objet de la justice semble avoir changé de nature : d'une justice de responsabilité on passerait à une justice de sûreté. L'adoption du principe de sûreté dans le domaine de la justice rappelle les procédures de maintenance en usage dans les domaines de l'entreprise et des technologies, la maintenance étant en partie confiée aux médecins, psychiatres prestataires de maintenance, afin de "neutraliser" la dangerosité des infracteurs, en l'occurrence les auteurs de violences sexuelles faites aux mineurs. Dès lors, appliquer le "soin médico-psychologique" à des infracteurs sexuels sous main de justice, c'est instaurer une sorte de "garantie", comparable au fait d'appliquer un "protocole" et des "consignes" dans une démarche dite "qualité". Or, de deux choses l'une : ou bien il est médicalement avéré que les infracteurs sexuels, ici les pédophiles, sont des malades, et ils relèvent dans ce cas et à titre exclusif de soins médicaux, ou bien les mêmes ne le sont pas, ils sont alors pénalement responsables, et devraient relever exclusivement de la justice pour leur infraction. La prescription de soins médicaux relatifs à l'infraction apparaît alors fantaisiste sinon abusive. Mais cette évidence n'en serait pas une, puisque s'amoncellent des lois sécuritaires et de sûreté, avec la clause de "soins pénalement ordonnés" dans le but de prévenir la récidive pénale, justement la clause de maintenance évoquée.

Ce préambule a pour but de montrer dans quel embarras nous placent les comportements dits déviants, lorsqu'il faut satisfaire à l'exigence sécuritaire d'une collectivité constamment menacée, là par d'imparables catastrophes naturelles ou d'hypothétiques virus, ici par les comportements "déviants" révélant l'ignorance qui est la nôtre à propos de leur nature, a fortiori de leurs traitements, prudemment dénommés "soins" par le législateur prescripteur. De quoi s'agit-il donc ? La justice demande au médecin de "suivre" un auteur de violences sexuelles, pendant une durée déterminée par décision de justice. Le prescripteur des soins est en effet le magistrat, au risque d'être un jour poursuivi pour "exercice illégal de la médecine", comme l'a dit en souriant l'un de ses célèbres collègues. Cette prescription judiciaire a fait couler beaucoup d'encre, fait réagir avec passion nombre

* Psychiatre des hôpitaux, praticien hospitalier, EPS de Maison-Blanche, Paris.

Résumé

Les auteurs de violences sexuelles sur mineurs font l'objet, depuis la loi du 17 juin 1998, de mesures judiciaires connues sous le nom de "suivi socio-judiciaire". Il s'agit d'une peine qui permet au magistrat de prononcer une mesure d'injonction thérapeutique en fonction des données de l'expertise médicale, et qui crée de facto et de jure un dispositif "médico-judiciaire". Ce dispositif a donné lieu à de nombreuses critiques, mais l'expérience en a démontré l'efficacité tant chez les condamnés que pour la collectivité dans l'état actuel des connaissances. On peut regretter que l'autorité de santé se décharge sur l'autorité judiciaire de l'initiative et de la responsabilité des soins relatifs aux troubles psychopathologiques des auteurs de ces infractions qui sont pourtant de son domaine.

Mots-clés

Pédophilie
Agresseurs d'enfants
Soins pénalement ordonnés
Partenariat médico-judiciaire
Traitement des auteurs de violences sexuelles
Évaluation du risque de récidive

Highlights

In France, children molesters have been sentenced since 1998 with a particular modality, called "socio-judiciary care". This penal modality authorizes the judge to order a medical treatment, involved in the sentence which creates a "medico-judiciary partnership". Despite numerous critics, this partnership has been of great interest, given the state of knowledge in the field. It is regrettable that health authorities are not much involved in the care provided to the offenders, leaving all the responsibility to the judiciary authority.

Keywords

Paedophilia
Children molesters
Mandatory treatment
Medico-judiciary partnership
Children molesters treatment
Recidivism risk evaluation

de psychiatres, mais elle existe. Or, l'expérience le montre, la rencontre pénalement ordonnée entre un médecin et un infracteur sous main de justice est non seulement riche d'enseignement clinique pour le médecin, mais utile au, désormais, patient, à la condition que se noue la classique "alliance thérapeutique". Ce constat, fondé sur l'expérience acquise tant à l'étranger qu'en France depuis une vingtaine d'années, donne au moins deux indications : d'abord, les moments historiques de confusion engendrent parfois des clarifications utiles ; ensuite, il y a pour le médecin beaucoup à apprendre du côté de la clinique dans le domaine des comportements déviants, et, pour les patients, beaucoup à gagner de cette alliance thérapeutique, en termes de bénéfice personnel, immédiat et à terme.

C'est dire l'intérêt d'une flexibilité des points de vue, et c'est dans ce sens que nous allons proposer une réflexion sur l'utilité des soins médico-psychologiques pénalement ordonnés et du dispositif correspondant.

Du côté judiciaire, le cadre législatif

Histoire des soins pénalement ordonnés

L'**obligation de soins**[1] introduite en 1958, s'est surtout développée depuis 1994 avec les textes se rapportant aux personnes condamnées pour agression sexuelle[2]. L'**injonction thérapeutique** – loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 – ne concernait que les personnes faisant usage de stupéfiants, avant et après jugement. L'inflation actuelle des soins obligés est liée à l'accélération de la législation, de plus en plus sécuritaire sur les infractions sexuelles, les soins participant de cette intention sécuritaire.

[1] Voir le code pénal (art. 131-36-4 pour l'injonction de soins, art. 132-45 3° pour les mesures [...] de soins), le code de procédure pénale (art. 763-4) et le code de la santé publique (titre IX du livre III relatif à l'injonction de soins spécifiquement en son chapitre III - art. R. 355-50 à R. 355-52).

[2] Lois n° 94-89 du 1er février 1994 qui prévoit une expertise psychiatrique préalable à toute mesure d'individualisation de peine d'emprisonnement s'appliquant aux auteurs d'agression sexuelle (art. 722 du code de procédure pénale) et prévoyant leur affectation dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (art. 718 et R. 57-5 c.p.p.) et n° 98-468 du 17 juin 1998 instituant le suivi socio-judiciaire.

Textes relatifs aux auteurs d'infractions sexuelles

C'est la loi du 17 juin 1998, relative à "la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs", qui a réellement fondé le cadre du traitement judiciaire des infractions sexuelles, en créant le "suivi socio-judiciaire", avec possibilité d'injonction thérapeutique. Elle est complétée par les textes suivants : circulaire du ministère de la justice CRIM-98-09/F1 du 1er octobre 1998 ; décret du 7 juillet 1999, code de procédure pénale ; décret du 18 mai 2000, relatif à l'injonction de soins, code de la santé publique ; décret relatif au fichier national automatisé des empreintes génétiques, au service central de préservation des prélèvements biologiques, code de procédure pénale ; ordonnance du 15 juin 2000, code de la santé publique (*Journal Officiel* du 22 juin 2000).

Suivi socio-judiciaire

Le suivi socio-judiciaire permet de soumettre tout condamné pour une infraction sexuelle à des obligations et des mesures de contrôle, parmi lesquelles l'**injonction thérapeutique**.

◆ ***Textes***
Les textes relatifs au suivi socio-judiciaire sont listés dans l'***encadré (p. 92)***.

◆ ***Définition***
Le suivi socio-judiciaire est une peine qui soumet l'auteur d'infractions sexuelles après condamnation à des mesures de surveillance et d'assistance, sous le contrôle du juge d'application des peines (JAP). La juridiction de jugement peut assortir le suivi socio-judiciaire d'une injonction de soins.

◆ ***Objectifs***
Il s'agit, à propos des infractions sexuelles, de lutter contre la récidive en instaurant des mesures de surveillance et d'assistance et, le cas échéant, un suivi médical, tout en soutenant par des mesures d'accompagnement les efforts du condamné en vue de sa réinsertion sociale.

- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal
- Articles 221-9-1, 222-48-1 et 227-31 du code pénal
- Articles 763-1 à 763-9 du code de procédure pénale, notamment article 763-8
- Article R.61 à R.61-3 du code de procédure pénale
- Articles L.355-33 à 355-37 du code de la santé publique
- Articles R.355-44 à R.355-47 du code de la santé publique
- Décret n° 99-571 du 7 juillet 1999, relatif au suivi socio-judiciaire, du code de procédure pénale
- Décret n° 2000-412 du 18 mai 2000, relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles, et modifiant le code de la santé publique
- Loi du 19 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité
- Loi du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récidive
- Loi du 5 mars 2007, relative à la prévention de la délinquance
- Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010, tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

Encadré. Textes relatifs au suivi socio-judiciaire.

◆ *Cadre général*

Le suivi socio-judiciaire est une peine complémentaire, mais, en cas de délit, il peut représenter la peine principale. Il ne peut être prononcé en même temps qu'un sursis avec mise à l'épreuve. Il est encouru en cas :

- de meurtre ou d'assassinat, précédé ou accompagné de viol, de tortures et d'actes de barbarie ;
- de viol, d'agression sexuelle ou d'exhibition sexuelle ;
- d'actes visant à favoriser la corruption de mineur ;
- de fabrication, de transport, de diffusion d'image pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vue ou perçue par un mineur (cyber-pédopornographie).

Initialement, la durée du suivi socio-judiciaire ne pouvait excéder 10 ans en cas de condamnation pour un délit, 20 ans en cas de condamnation pour crime. Ces durées ont été portées à 20 ans pour un délit, 30 ans pour un crime, et à la perpétuité en cas de condamnation à perpétuité susceptible de déboucher sur une mesure de rétention de sûreté.

◆ *Contenu du suivi socio-judiciaire*

Il s'agit d'obligations prononcées par la juridiction de jugement :

- mesures de contrôle et d'assistance prévues pour le sursis avec mise à l'épreuve ;
- obligations spécifiques, au nombre de 3 : interdiction de se rendre dans certains lieux, interdiction de fréquenter certaines personnes, et interdiction d'exercer une activité professionnelle ou sociale impliquant des contacts réguliers avec des mineurs ;
- injonction de soins : elle dépend des conclusions de l'expertise médicale obligatoire avant tout jugement sur le fond en faveur de l'opportunité d'un traitement médical, elle n'est entreprise qu'avec le consentement du condamné. Elle peut être prononcée secondairement par le JAP à la suite d'une expertise ultérieure.

◆ *Acteurs*

La mesure fait intervenir un magistrat, le JAP en charge de l'exécution de la mesure, et 3 médecins, l'expert, le médecin coordonnateur et le médecin traitant, tous concernés par l'injonction de soins, et dont les rôles sont les suivants :

- L'expert est expressément interrogé sur l'opportunité de prononcer une injonction de soins. Il peut être sollicité au cours de la détention. L'expertise est confiée à 2 experts dans les cas de meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.
- Le médecin coordonnateur est choisi sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée et se situe à l'interface entre médecin traitant et magistrat. Il est chargé :
  • d'inviter le condamné à choisir un médecin traitant qu'il peut aussi récuser,
  • d'informer le médecin choisi des conditions de mise en œuvre de l'injonction judiciaire, de recueillir son accord écrit et de le conseiller si besoin,
  • de rencontrer périodiquement le condamné (3 à 4 fois/an) pour un bilan,
  • de transmettre au JAP ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins,
  • d'informer le condamné, en lien avec le médecin traitant, de la possibilité de poursuivre son traitement au-delà de la durée fixée par la décision judiciaire.
- Le médecin traitant est un psychiatre, exerçant en milieu privé ou public, compétent dans le domaine des agressions sexuelles. Il peut s'agir également d'un psychologue. Dans tous les cas :
  • le choix thérapeutique lui incombe,
  • il intervient seul dans le déroulement des soins,
  • il peut décider d'interrompre le suivi sous réserve d'en aviser le médecin coordonnateur par lettre recommandée avec accusé de réception,
  • il délivre des attestations de suivi de traitement à la personne condamnée,

• il avise le médecin coordonnateur des difficultés dans l'exécution du traitement.
Le principe de la liberté des soins est respecté. La personne peut changer de médecin et le magistrat chargé de la mesure ne peut en aucun cas intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant.

◆ ***Exécution du suivi socio-judiciaire : rôle du juge d'application des peines***
Le JAP peut à tout moment :
➤ modifier ou compléter les mesures de surveillance ou d'assistance du suivi socio-judiciaire, après audition du condamné et avis du procureur de la République ;
➤ prononcer une injonction de soins ;
➤ délivrer contre le condamné des mandats d'amener ou d'arrêt ;
➤ suspendre le suivi socio-judiciaire, en cas d'incarcération intercurrente.
En prison, le condamné à un suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins est immédiatement informé par le JAP de la possibilité d'entreprendre un traitement, incitation renouvelée tous les 6 mois. En cas de refus, il ne pourra bénéficier de la réduction de peine supplémentaire légalement prévue. Avant la sortie, le JAP ordonne une expertise psychiatrique de prélibération si la condamnation a été prononcée plus de 2 ans auparavant. À la sortie et en milieu dit "ouvert", l'intéressé est placé sous contrôle du JAP dont il dépend. La mesure s'applique dès le jour de la sortie de détention et reste applicable en cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique de la personne, de semi-liberté ou de permission de sortir. Le JAP désigne le service pénitentiaire d'insertion et de probation habilité, rappelle à l'intéressé l'ensemble des obligations auxquelles il est soumis et leurs conséquences, et lui indique en cas d'injonction de soins le nom du médecin coordonnateur qu'il devra rencontrer dans un délai de 1 mois. Le JAP peut modifier ou compléter les mesures de surveillance, les obligations et les mesures d'assistance, et prononcer une injonction de soins, fondée sur une expertise médicale postérieure à la décision de condamnation. Si le condamné n'observe pas ses obligations, le JAP peut délivrer un mandat d'amener ou un mandat d'arrêt à son encontre.

◆ ***Fin du suivi socio-judiciaire***
À l'expiration du délai, la peine est déclarée non avenue. Le condamné peut, à l'issue d'un délai de 1 an à compter de la décision, demander le relèvement de sa condamnation, sauf lorsque le suivi socio-judiciaire a été prononcé à titre de peine principale. En cas de non-respect des obligations formulées, le magistrat peut ordonner par décision motivée la mise à exécution, partielle ou totale, de l'emprisonnement fixé par la juridiction de jugement : la durée de l'emprisonnement pour un délit est inférieure à 2 ans et à 5 ans pour un crime. L'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judicaire ne dispense pas le condamné de l'exécution de ce suivi, et se cumule sans confusion possible avec les peines privatives de liberté prononcées pour des infractions commises pendant l'exécution de la mesure.

Loi du 10 mars 2010 et mesures de sûreté "tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle" *(1)*

La loi du 10 mars 2010 concerne d'abord les auteurs d'infractions sexuelles. La "surveillance de sûreté" oriente ou non les infracteurs vers la "rétention de sûreté" (loi du 25 février 2008). Les condamnés, pour des crimes d'une particulière gravité, à une peine d'au moins 15 ans de réclusion criminelle avec suivi socio-judiciaire sont susceptibles de voir leurs obligations prolongées dans le cadre de la surveillance de sûreté (art. 763-8 du code de procédure pénale). C'est aussi le cas pour le placement sous surveillance électronique mobile. Institué par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive, principalement en matière sexuelle, (art. 131-36-9 à 131-36-13 du code pénal, et art. 763-10 à 763-14 du code de procédure pénale), ce dispositif permet de contrôler un condamné à distance et à tout moment, pendant une durée de 2 ans, renouvelable une fois en matière correctionnelle et deux fois en matière criminelle, à compter de la sortie de prison. Cette mesure implique que l'intéressé ait fait l'objet d'un suivi socio-judiciaire, soit majeur et condamné à une peine privative de liberté égale ou supérieure à 7 ans (art. 131-36-10), ait subi une expertise psychiatrique constatant la dangerosité et le caractère indispensable du dispositif pour prévenir la récidive à compter du jour où la privation de liberté prendra fin (art. 131-10), voie sa situation examinée par une commission pluridisciplinaire 1 an avant sa libération, se soumette aux obligations du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, et respecte l'interdiction de se rendre dans certains lieux. L'article 723-30 prévoit de plus pour un condamné, pour l'un des crimes mentionnés à

l'article 706-53-13, à une peine de réclusion criminelle de 15 ans et plus, une "obligation d'assignation à domicile". La surveillance de sûreté n'est qu'une mesure restrictive de liberté qui permet, en fin de peine, d'imposer au condamné une surveillance et un contrôle identiques à ceux du suivi socio-judiciaire. La rétention de sûreté est une mesure privative de liberté après l'exécution de la peine, dans un centre médico-judiciaire de sûreté, avec prise en charge médicale, sociale et psychologique. Ces 2 mesures concernent des auteurs d'infractions criminelles graves, assassinat, meurtre, tortures, actes de barbarie, viols, faits d'enlèvement ou de séquestration commis sur une victime mineure (et désormais majeure), présentant une particulière dangerosité ou un risque très élevé de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité (art. 706-53-13 du code de procédure pénale), et doivent avoir été prévues par la cour d'assises (art. 706-53-13). Le Conseil constitutionnel a insisté sur la réalité et l'effectivité des soins dispensés au cours de la réclusion. Toutefois, l'ensemble de ces dispositions a été jugé insuffisant par le gouvernement, qui a déposé, le 5 novembre 2008, un nouveau projet de loi tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle. Votée le 10 mars 2010, la loi étend les mesures de lutte contre la récidive criminelle, en premier lieu en ce qui concerne les infractions pédophiliques les plus graves : assassinat, meurtre, tortures ou actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis en récidive contre des personnes mineures et majeures. Outre l'aggravation de la sévérité des mesures de sûreté précédentes, on note l'incitation forte du condamné à accepter un traitement médicamenteux diminuant la libido, avec, pour le médecin traitant, l'obligation d'informer immédiatement le JAP en cas de refus ou d'interruption du traitement. Présenté comme la réponse "à une attente de l'opinion publique, choquée par certains crimes récents commis par des personnes récidivistes" par Mme M. Alliot-Marie, lors de son audition, le 3 novembre 2009, devant la commission des lois, le texte comporte de très nombreuses dispositions qui vont bien au-delà d'un simple aménagement de la loi du 25 février 2008, un véritable "coup d'État judiciaire" qui n'a cependant entraîné aucune réaction du côté du ministère de la Santé, pourtant doublement concerné : par les "soins", cités à chaque article, et par la nature même des comportements déviants liés aux infractions, en rapport avec des troubles de la personnalité, cités tels quels dans la loi et codés dans tous les manuels de psychiatrie. Autrement dit, par la recherche clinique et le traitement.

Population concernée *(2)*

Les "pédophiles" constituent une sorte de nébuleuse extensive, banalisée par la médiatisation. Les Anglo-Saxons préfèrent d'ailleurs parler de *child molesters*, d'agresseurs d'enfants. Au sens strict, les personnes qui agressent sexuellement les enfants ne sont pas tous des pédophiles, frange infime de la population intéressée de manière exclusive par les enfants jeunes et non pubères des deux sexes. Dans nombre de cas, il s'agit de personnes, mariées ou vivant en couple, ayant une vie sexuelle ordinaire. Et si des actes sexuels peuvent être qualifiés de "pédophiliques", cela ne signifie pas pour autant que leurs auteurs entrent dans la catégorie des pédophiles stricto sensu. De plus, la classification des agresseurs d'enfants est complexe, puisqu'elle prend en compte plusieurs domaines dont sont issus les critères de catégorisation. On considère schématiquement, à propos de l'agresseur, la nature de l'acte, le contexte de l'agression, ses caractéristiques psycho-comportementales, son histoire personnelle ; et, à propos de la victime : le sexe, l'âge et la nature de ses relations avec l'agresseur. Sur ces bases, on détermine les critères suivants :

➤ Les actes : on distingue les actes sans contact (exhibitionnisme, *grooming*, ou cyberpédophilie), avec contact (attouchements, fellation, viol), les actes avec violence physique, atteinte corporelle et meurtre ; on fait également des distinctions selon l'âge du mineur et selon le genre de la victime (agressions pédophiliques homo- ou hétérosexuelles).

➤ Le contexte de l'agression : soit l'enfant est connu (agressions intrafamiliales par ascendant, par personne ayant autorité, fratrie, ami ou familier), soit l'enfant est inconnu, rencontré ou délibérément recherché.

➤ Le profil psychologique des agresseurs, qui n'est pas anodin bien qu'il soit classique de déclarer que "leur principale caractéristique est de ne pas en avoir". Les études cliniques, développées principalement par les Anglo-Saxons, les Scandinaves et les Belges, indiquent au contraire qu'il existe chez les agresseurs sexuels d'enfants des organisations psychologiques particulières et des traits partagés. Par exemple, à la différence des agresseurs de femmes adultes chez lesquels le score de psychopathie est significatif de même que l'impulsivité, on trouve plutôt chez les pédophiles un score de psychopathie peu élevé, une faible estime de soi, avec dépressivité et retrait social. De même, on note des différences entre les agresseurs intra- et extrafamiliaux : dans le premier cas, 2 profils émer-

gent chez l'agresseur : une organisation dépressive fréquemment alcoolisée et une organisation de type paranoïaque. Dans le second cas, l'organisation psychologique est plutôt évitante et dépressive, sauf chez les classiques "prédateurs", "chasseurs d'enfants", en général organisés sur un mode compulsif et narcissique. Enfin, les cyberpédophiles, évitants et dépressifs, s'organisent volontiers selon un mode addictif. On a insisté, au sujet de la plupart des infracteurs sexuels, sur un déficit d'empathie parfois dénommé "défaut d'altérité", incapacité à se représenter l'autre, la victime en l'occurrence, en tant que personne distincte, éprouvant et souffrant. Ce déficit particulier accentue par contraste les aspects égotiques de l'agresseur et souligne sa composante narcissique.

➤ Le sexe de l'agresseur : les hommes sont essentiellement représentés, bien que l'on décrive des pédophilies féminines. Toutefois, dans la plupart des cas, les femmes agissent surtout dans un contexte de dépendance et de soumission à un partenaire, en tant que complice et sous emprise. La "pulsion" pédophilique est bien rare chez les femmes, encore qu'on l'ait mise en évidence.

➤ L'âge : la pédophilie stricte se manifeste tôt, à l'adolescence, et se trouve alors précocement fixée. Dans les autres cas, il n'est pas rare que les agresseurs d'enfants soient nettement plus âgés, avec une histoire sexuelle banale, complexe ou indécise, et, encore plus tardivement, qu'il s'agisse d'hommes mûrs, voire âgés, dans un contexte dépressif, alcoolique et une altération intellectuelle débutante ou confirmée.

En somme, du point de vue psychopathologique *(2-6)*, l'examen clinique met en évidence, chez les agresseurs d'enfants, des troubles indiscutables de la personnalité, principalement d'ordre évitant, obsessif/compulsif, dépendant et dépressif, par opposition aux agresseurs d'adultes chez lesquels les troubles sont plutôt ceux du cluster B : personnalité antisociale et narcissique, avec forte impulsivité et score élevé de psychopathie *(7, 8)*. Mais on sous-estime, dans la plupart des cas, le rôle des troubles de l'humeur, par exemple chez les exhibitionnistes et les agresseurs intrafamiliaux, de même que chez les cyberpédophiles, ainsi que celui de l'exposition psychotraumatique précoce, répétée, multiple, mais pas nécessairement sexuelle *(9)*. La recherche clinique devrait être poussée sur ces points, tant dans le domaine des troubles de la personnalité et de l'humeur que dans celui du rôle sur l'organisation de la personnalité d'expositions traumatiques multiples. Enfin, les données neurobiologiques encore parcellaires devraient apporter un éclairage déterminant dans la connaissance des structures cérébrales impliquées dans les comportements sexuels déviants, tant du point de vue des processus en jeu, compulsifs, addictifs, hyper- ou hyposexuels, que dans le choix de l'objet libidinal.

Soins

La question des "soins" aux agresseurs sexuels, a fortiori les agresseurs d'enfants, est encore très empirique. Rappelons que les soins s'adressent à une personne et non à une infraction, et que soigner implique de savoir ce que l'on soigne, même si la loi fait obligation de "soigner". Cette lapalissade n'est pas superflue, tant les auteurs d'agressions sexuelles et leurs infractions sont confondus par l'opinion publique, les médias, le pouvoir et les élus qui légifèrent pénalement et médicalement à leur propos, et même, il faut bien le dire, par les médecins eux-mêmes, faute d'un ancrage théorique suffisamment fondé. Au point qu'on ne sait plus très bien qui l'on "soigne", une infraction ou une personne. Plutôt que de soins, mieux vaudrait parler de prise en charge. Celle-ci repose actuellement sur deux ordres de techniques, psychothérapies et pharmacothérapies. Dans le cadre des psychothérapies, nous disposons de psychothérapies individuelles et de groupe, souvent associées. Le protocole des psychothérapies de groupe, souvent d'inspiration canadienne et comportementaliste, est codifié : sessions séquentielles abordant les émotions et leur gestion, les interactions sociales, l'altérité et l'estime de soi, enfin l'identification de la séquence psychique qui conduit au passage à l'acte. La capacité d'insight et d'empathie, le repérage des émotions négatives, de la colère, des affects dépressifs et des réactivations traumatiques sont développés. Le groupe facilite cet exercice, renvoyant à chacun sa propre image, offrant la possibilité d'un partage de situations et d'éprouvés communs. Il facilite également le travail sur le déni, par identification et partage, rendant moins nécessaire la défense qu'il constitue. Les psychothérapies individuelles, de soutien et d'étayage, ou d'inspiration analytique, trouvent leur utilité, parfois au début de la prise en charge, lorsque l'organisation psychique est trop évitante et le groupe trop anxiogène, mais aussi secondairement, lorsque l'intéressé reconnaît ses actes et sa singularité, et qu'il souhaite s'engager dans un authentique travail analytique personnel. Les cothérapies, de groupe et individuelles, sont alors particulièrement intéressantes. Les thérapies fami-

liales ont un intérêt dans les familles incestueuses ou dans les cas d'histoire familiale traumatique, mais sont difficiles à mettre en œuvre.
Le second cadre thérapeutique concerne les traitements hormonaux antiandrogènes. Actuellement, nous disposons de deux traitements agréés par l'AMM, l'acétate de cyprotérone (Androcur®) et la triptoréline (Salvacyl®). La cyprotérone est un dérivé progestatif qui bloque les récepteurs périphériques de la testostérone sans faire chuter sa sécrétion. Prescrit per os, permettant une modulation de la posologie, il est contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique, et utilisé avec prudence en cas de psychose et de dépression grave. On peut parfois noter des effets de féminisation. La triptoréline est un analogue de la *gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) et un agoniste de la *luteinizing hormone releasing hormone* (LHRH). Son action consiste à tarir la production de testostérone par voie centrale. Son administration se fait en injection sous-cutanée d'une dose à effet prolongé. Dans les deux cas, on obtient une réduction du taux de testostérone, parfaitement réversible à l'arrêt du traitement, et un ralentissement, voire une disparition de la libido, de l'activité sexuelle et de la fantasmatique correspondante. Toutefois, l'orientation sexuelle n'est pas modifiée pour autant. Et, dans les deux cas, un bilan préthérapeutique strict est nécessaire, de même qu'une surveillance biologique et somatique régulière. Globalement, la triptoréline semble plus efficace, mais la cyprotérone permet une adaptation de la posologie plus souple. Enfin, il est indispensable d'associer au traitement pharmacologique une psychothérapie, pour au moins deux raisons : outre l'intérêt d'utiliser la disponibilité psychique retrouvée pour investir une psychothérapie, le réaménagement identitaire paraît nécessaire compte tenu de la disparition des investissements libidinaux habituels et constitutifs *(10)*. En France, il est d'usage de réserver les traitements pharmacologiques aux patients particulièrement envahis, compulsifs ou addictifs à leur paraphilie, et ce outre le contrôle ou l'abstinence.
Les autres psychotropes ont peu d'intérêt, hormis les antidépresseurs IRS, en cas de dépression marquée mais aussi d'organisation compulsive et addictive trop prégnante.

La question de l'évaluation *(2, 3, 5, 7, 8, 10-15)*

L'évaluation est double, diagnostique et pronostique à propos du potentiel de récidive. Actuellement, en France, on se fonde sur une évaluation clinique psychiatrique classique, parfois associée à un examen psychologique, l'objectif, finalement, étant de fournir un diagnostic clinique. Mais cet examen psychiatrique actuellement pratiqué par les experts, ne donne aucune indication sur le risque d'un nouveau passage à l'acte. Et pourtant, la question posée par le magistrat n'a pas seulement une portée sécuritaire. Elle implique certes de fournir les éléments de l'éventualité de la réitération d'un acte violent, mais aussi les éléments d'une prise en charge thérapeutique des intéressés, dans une double perspective, de prévention et de soin. À ce titre, l'évaluation clinique des infracteurs violents, qui est aussi prédictive, est pratiquée dans de nombreux pays, anglo-saxons et scandinaves, également en Belgique et en Suisse. Ajoutons, enfin, que si la prédictibilité de la récidive est loin d'être optimale avec une évaluation standardisée, elle n'est qu'aléatoire lorsque l'évaluation est réalisée au cours d'un examen clinique classique : la prédiction de la récidive ne dépasse pas 30 % dans ce cas, alors qu'elle atteint 75 % dans le cas d'une évaluation standardisée. Une réponse réellement prédictive repose sur l'utilisation d'instruments qui cotent, en général très simplement, les principaux facteurs impliqués dans la réitération des passages à l'acte et des transgressions. Il s'agit soit d'instruments dits statiques ou actuariels (de nature statistique), soit d'instruments cliniques semi-structurés qui ont un intérêt dans l'orientation et l'évaluation de la prise en charge. Cette approche permet de former une représentation plus exacte du potentiel de récidive, c'est-à-dire de la hauteur du risque de récidive violente.
Les instruments actuariels évaluent les dimensions stables de la personne (psychologiques et psychiatriques, judiciaires, et démographiques), et l'on reconnaît leur fiabilité. Les instruments semi-structurés ont un intérêt dynamique, prenant en compte des données plus conjoncturelles, susceptibles d'évolution. Voici, par exemple, 3 instruments traduits en français et utilisés en pratique médico-légale :
➤ Le VRAG *(Violent Risk Appraisal Guide)*, qui évalue le risque de récidive violente, est constitué de 12 items, critères diagnostiques (troubles de la personnalité, schizophrénie, score de psychopathie…), démographiques (statut conjugal, âge lors du dernier délit…), criminologiques (infractions violentes et non violentes, sexe des victimes…). L'évaluation se fonde sur un entretien clinique, les données du dossier judiciaire et les informations sociales et institutionnelles. Le score obtenu renvoie à une "catégorie de risque". Sa fiabilité considérée comme "statistiquement moyenne" est supérieure à l'avis clinique strict *(16)*.

➤ Le SORAG *(Sexual Offenders Risk Appraisal Guide)* est un instrument actuariel proche du précédent, destiné à évaluer le risque de récidive sexuelle *(15)*. Notons que ces 2 instruments comportent un score de psychopathie obtenu avec l'échelle PCL-R de R.D. Hare *(3)*.

➤ La HCR-20 (*Historical Clinical Risk Management Scale* – 20 items) est un instrument semi-structuré de prédiction du risque de récidive et un guide destiné à gérer ce risque *(17)*. Composée de 20 items, elle comporte 3 sous-échelles : H pour "historique" (violence, événements du passé), C pour "clinique" (troubles psychiatriques actuels, impulsivité), et R pour "risque" (contexte et gestion prévisionnelle de la situation). H est une approche statique fournissant un score actuariel stable, C et R sont des instruments dynamiques et concernent des critères susceptibles d'évolution dans le cadre de la prise en charge. Les études soulignent sa bonne qualité prédictive de la récidive générale, notamment de la récidive violente.

Chez les auteurs d'agression sexuelle, l'évaluation du risque de récidive repose sur plusieurs instruments, actuariels et dynamiques. La prédiction de récidive sexuelle violente est donnée en termes de catégories de risque selon la durée écoulée depuis la libération. Notons que ces instruments, actuariels et semi-structurés, comportent l'item "impulsivité", marqueur dimensionnel "transcatégoriel", facteur le plus constant et le plus prédictif du risque de récidive violente incluant les infractions sexuelles. En connaissance de cause, on peut envisager des programmes concernant la prise en charge de cette composante, et en évaluer la prégnance au fil du temps. Enfin, les antécédents d'adversité de l'enfance, à caractère psychotraumatique, sont, dans cette population, précoces, nombreux, itératifs et variés, qu'il s'agisse de négligence parentale, d'antipathie, de maltraitance physique et sexuelle. Les instruments classiques comme le LEDS de G.W. Brown et T.O. Harris ne sont pas adaptés à leur saisie, tant ils sont nombreux et anciens. Le questionnaire CECA de A. Bifulco *(18)* paraît pertinent et adapté à la population des délinquants et des criminels. T.H. Pham et C. Ducro, en 2008, ont ainsi montré, à propos des agresseurs d'enfants, la fréquence supérieure de la maltraitance sexuelle chez les agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux, et la fréquence de l'antipathie paternelle chez tous les agresseurs sexuels d'enfants intra- et extrafamiliaux *(14)*.

Dans un but diagnostique et thérapeutique, il importe d'associer des évaluations plus classiques des troubles de l'axe 1 du DSM-IV et des troubles de l'axe 2 (personnalité) en utilisant des instruments comme le MINI et le SCID-II. Il est évident que ces évaluations cliniques ne peuvent être réalisées que par des cliniciens expérimentés, psychiatres et psychologues entraînés et formés, procédant avec la rigueur et la capacité d'analyse critique et d'interprétation que requièrent la complexité des problématiques et la nature des enjeux : ceux-ci sont individuels, pronostiques et thérapeutiques, et éthiques, à l'égard des intéressés et de la collectivité. À ces conditions seulement, on peut considérer que la prédiction de la récidive des comportements violents n'est plus seulement d'ordre statistique et théorique, sans portée pratique individuelle, mais qu'elle peut s'appliquer à titre individuel aux infracteurs violents, dans un cadre clinique éthique.

Articulation médico-judiciaire

Partenariat

Depuis quelques années, l'évolution des pratiques et de la loi a instauré des relations étroites entre les domaines de la santé et de la justice. C'est le cas, par exemple, pour les "soins obligés". Ceux-ci supposent une articulation spécifique entre champs sanitaire et judiciaire, qu'il importe de définir et de justifier. S'agit-il de "prévenir la récidive" ? De "traiter d'un trouble ou une pathologie donnée" ? Il s'agit surtout, et d'abord, de postuler qu'il existe un lien entre faits de délinquance et psychopathologie. En deuxième lieu, c'est accepter que la justice puisse prononcer une obligation ou une injonction de soins et que des soignants, médecins et psychologues, coopèrent aux soins obligés d'une personne sous main de justice qui devient alors, pour eux, un patient. En troisième lieu, c'est accepter d'échanger des informations concernant cette personne, c'est-à-dire souscrire au principe du "secret professionnel partagé" : ce concept n'appartient pas au droit, mais refuser cet échange au nom de l'inviolabilité du secret professionnel revient à interdire l'articulation entre champs judiciaire et médical et à renoncer à l'instauration d'un partenariat médico-judiciaire. Remarquons cependant que ce qui semblait impossible à envisager il y a 10 ou 15 ans est devenu une pratique courante, non seulement "de fait" mais "de droit", en particulier depuis la loi du 17 juin 1998. L'injonction thérapeutique implique de fait et de droit une articulation entre les 2 domaines. Notons, d'ailleurs, à propos

de ce texte, combien son énoncé, qui vise "à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs", est prudent et astucieux, en ce qui concerne tant le statut du soin, médicalement validé par un expert, que le rôle de la justice à propos de la prévention de la récidive, qu'on retrouve implicitement énoncée dans "la protection des mineurs". Cette formulation subtile évite ainsi une rencontre frontale entre les 2 champs tout en posant le principe, sinon de leur articulation, du moins de leur coexistence. Si l'on accepte ce texte de loi, et si on l'applique, on admet nécessairement plusieurs points :

➤ Il existe un lien entre trouble et infraction qui n'irresponsabilise pas l'infracteur.

➤ L'existence d'un trouble requiert des soins dont le premier bénéficiaire est la personne concernée, et le second la collectivité.

➤ Acteurs de la justice et du soin vont devoir communiquer sur ces bases, afin d'échanger utilement des informations concernant l'intéressé.

➤ Cet échange correspond de fait (sinon de droit) au secret professionnel partagé.

Tout a été dit contre l'instauration de ce partenariat et, a fortiori, contre la pratique de l'échange d'informations, par exemple que :

➤ les soins obligés font obstacle à l'engagement dans un travail psychothérapeutique ;

➤ les soins obligés portent atteinte à l'indépendance du thérapeute, bafouent le principe du secret médical et contribuent à la confusion entre les deux champs ;

➤ les soins obligés sont non seulement inefficaces, puisqu'ils sont étrangers à l'intention du patient et portent atteinte du secret professionnel, mais potentiellement néfastes, en cas de mésusage utilitaire par l'intéressé, s'il s'agit d'éviter la prison.

Or, l'expérience des consultations qui ont accepté de soigner des personnes sous obligation de soins, permet le plus souvent de faire des constats opposés :

➤ Les résistances tombent progressivement, l'adhésion aux soins s'installe, même si le déni demeure, et l'on assiste au nouage d'une véritable alliance thérapeutique.

➤ La plupart des personnes sous obligation de soins présentent de réels troubles psychiatriques, attestés par les experts dans le cas de l'injonction thérapeutique.

➤ Les soins obligés constituent, pour la plupart des personnes concernées, l'occasion de rencontrer pour la première fois un psychiatre ou un psychothérapeute, en somme d'accéder aux soins, certaines déclarant au bout de quelques mois qu'elles n'auraient sans doute pas commis d'infraction si elles avaient entrepris ce travail plus tôt.

➤ Plus de 20 % d'entre elles poursuivent leur psychothérapie après la fin de l'obligation de soins, ou restent en relation avec leur thérapeute.

Partage du secret professionnel

Certaines circonstances exigent le partage du secret professionnel. L'évolution des pratiques, la continuité des soins, la complexification des procédures, des techniques, des instances, des prises de décisions collégiales, etc., le travail en "réseau" s'avèrent incompatibles avec l'intangibilité du secret médical et peuvent parfois interdire une démarche ou un projet favorable au patient. Cet aspect, débattu lors de la refonte du code pénal, n'a cependant pas inscrit le concept de secret professionnel partagé dans la loi. C'est plutôt la notion de "partage d'informations" ou, mieux, d'"échange d'informations pertinentes" qui devient le concept de référence. Le cas est courant et accepté dans plusieurs domaines :

➤ dans le champ social et médico-social, lorsque la situation de l'usager impose une concertation interdisciplinaire ou un dispositif de partenariat mettant en présence des acteurs sociaux pluridisciplinaires ;

➤ dans le champ médical, où le partage de l'information entre professionnels de santé s'est imposé dans l'intérêt des patients en pratique quotidienne. Par exemple, la loi du 4 mars 2002 instaure le secret partagé pour les établissements de santé et les équipes soignantes, à condition qu'ils poursuivent un même but, qu'ils limitent le secret à ce qui est strictement nécessaire pour atteindre ce but, qu'ils avertissent l'intéressé et obtiennent son accord dans le cadre d'un consentement "éclairé, explicite et exprès". Les échanges d'informations doivent alors se limiter aux données "nécessaires, pertinentes et non excessives", en rapport direct avec le domaine d'intervention de chaque professionnel de santé, chacun d'entre eux étant alors tenu au respect strict du secret médical

Dans le cas des actions "santé-justice", la circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996 tente de donner un mode d'emploi du partage du secret : "Il convient de ne transmettre que les éléments nécessaires, de s'assurer que l'usager concerné est d'accord pour cette transmission ou qu'il en a été informé ainsi que des éventuelles conséquences que pourra

Références bibliographiques

1. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique 2009;167(1):39-50.

2. Pham TH. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Sprimont (Belgique) : Éditions Mardaga, 2006.

3. Hare RD. The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Toronto (Ontario): Multi-Health systems inc, 1991.

4. Nioche A. Psychopathie et troubles de la personnalité associés, recherche d'un effet particulier du trouble borderline, impact sur le risque de récidive. Thèse de psychologie, université de Tours, 2009.

5. Nioche A, Pham T, Ducro C et al. Psychopathie et troubles de la personnalité associés : recherche d'un effet particulier au trouble borderline ? Encephale 2009, accepté.

6. Skeem JL, Poythress N, Edens J et al. Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. Agression and Violent Behavior 2003;8:513-46.

7. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique 2001;159(7):475-86.

8. Fossati A, Barrat ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. Psychiatry Res 2007;149:157-67.

9. Pham TH, Ducro C. Évaluation du risque de récidive en défense sociale : analyse factorielle préliminaire de la "Sex Offender Recidivism Appraisal Guide" (SORAG) et de la Statique-99. Annales médico-psychologiques 2008;166:575-9.

10. Thibaut F, Cordier B, Kuhn J. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. Acta Psychiatr Scand 1993;87:445-50.

11. Gray NS, Hill C, McGleish A, Timmons D, MacCulloch MJ, Snowden RJ. Prediction of violence and self-arm in mentally disordered offenders: a prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R and psychiatric symptomatology. J Consult Clin Psychol 2003;71:443-51.

▶▶▶

avoir cette transmission d'informations, et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et ont besoin de ces informations, dans l'intérêt de l'usager. Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalités) présentent toutes les garanties de discrétion." À noter que le code pénal évolue vers la valorisation de l'"appréciation en conscience", utile dans un contexte pluridisciplinaire où rien n'est possible sans partager un minimum d'informations, et si chacun des participants se mure dans un silence obligé.

Comment, dans ces conditions, articuler la peine et le soin ?

Le dispositif de l'injonction de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire coexiste donc aujourd'hui avec les dispositions générales de l'obligation de soins. Ce dispositif original témoigne de la volonté du législateur d'associer le soin à la peine et d'organiser les interventions judiciaire et sanitaire. Son utilisation restreinte révèle toutefois ses faiblesses originelles. Les professionnels de santé reprochent généralement aux autorités judiciaires d'intervenir dans leur domaine de compétence, en se faisant notamment prescripteurs de soins. Les magistrats reprochent aux professionnels de santé de se retrancher derrière le secret médical pour entraver leur contrôle. Ce dispositif mis en place en 1998 organise légalement la nécessaire collaboration entre l'autorité judiciaire et les professionnels de santé dans le respect de leurs exigences déontologiques respectives. L'injonction de soins prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire, à la différence des dispositifs généraux, ne peut que faire suite à une expertise médicale établissant que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement. La décision du juge est donc subordonnée à l'avis médical. L'injonction de soins est de même formellement subordonnée au consentement de la personne, même si certains s'interrogent sur sa validité, le refus de soins étant sanctionné. La personne a le libre choix du médecin ou du psychologue traitant, même si ce choix est contrôlé par le médecin coordonnateur et, en cas de désaccord, soumis à la décision du JAP. Le secret médical est protégé par le médecin coordonnateur, pierre angulaire du dispositif et interface entre le médecin traitant et le juge *(19-24)*.

Commentaires et conclusion : finalité et faisabilité d'un exercice médico-légal

Critiques

Les statistiques de la chancellerie ne fournissent pas le taux des suivis assortis d'une injonction de soins, qui semble faible néanmoins, en raison, pour partie, de la pénurie de l'offre de soins, en particulier des psychiatres du secteur public. L'injonction de soins se heurte à la résistance doctrinale d'une grande partie des psychiatres qui font valoir leur manque de compétences sur la nature des soins à mettre en œuvre. La 5e conférence de consensus, organisée les 22 et 23 novembre 2001, sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, a souligné l'insuffisance des connaissances et l'incertitude quant à la nature des traitements à dispenser. Des magistrats s'interrogent sur la pertinence d'une mesure prononcée dès le jour de la condamnation pour s'exercer ensuite des années durant, souvent à l'issue d'une incarcération très longue. Justifiée pour prévenir la récidive d'individus considérés comme dangereux, cette mesure se heurte aux données statistiques qui témoignent d'un taux de récidive relativement faible pour les infractions sexuelles pénalement sanctionnées. Encouru désormais en cas de condamnation pour de nombreuses infractions, le suivi socio-judiciaire apparaît de plus en plus comme une mesure de contrôle social destinée à s'exercer longtemps après l'incarcération sur des individus considérés comme durablement dangereux. S'il est difficile d'admettre que des personnes considérées comme dangereuses puissent, sitôt leur peine accomplie, aller et venir sans aucune surveillance, il n'apparaît pas moins choquant qu'un grand nombre de personnes puissent être soumises des années durant à des mesures de contrôle. Peine après la peine, le suivi médico-psychologique devient alors une modalité d'exercice du contrôle. Outre les critiques formulées sur le peu de fondement scientifique d'une évaluation prospective de la dangerosité et sur les risques d'atteinte injustifiée aux libertés individuelles, la généralisation du dispositif du suivi socio-judiciaire avant toute évaluation est susceptible de rompre le fragile équilibre trouvé par le législateur de 1998, en transformant le thérapeute en agent probatoire soumis à une obligation de résultat.



12. Hanson RK, Thornton D. *Improving risk assesments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. Law Human Behav 2000;24(1):119-36.*
13. *Pham TH, Chevrier I, Nioche A, Ducro C, Réveillère C. Psychopathie, évaluation du risque de récidive, prise en charge. Annales médico-psychologiques 2005;163:878-81.*
14. *Pham TH, Ducro C. Antécédents d'adversité chez les agresseurs sexuels. Annales médico-psychologiques 2008;166:580-4.*
15. *Quinsey VL, Rice ME, Harris GT. Actuarial prediction of sexual recidivism. Journal of Interpersonal Violence 1995;10(1):85-105.*
16. *Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. Criminal, Justice and Behavior 1993;20(4):315-35.*
17. *Webster CD, Eaves D, Douglas K, Wintrup A. Historical Clinical Risk - 20 items, the HCR-20 scheme: the assessment of dangerousness and risk (version 1). Burnaby (Canada): Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.*
18. *Bifulco A, Moran P, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger Clin 2003;66:241-58.*
19. *Blanc E. Juger et soigner : lutter contre les pathologies et addictions à l'origine de la récidive. Paris : commission des lois de l'Assemblée nationale, Président J.L. Warsmann; 8 juillet 2009. Rapport n° 1811.*
20. *De Beaurepaire C. À propos des sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire. 2e Congrès européen de médecine en milieu pénitentiaire ; 2004 ; Strasbourg.*
21. *De Beaurepaire C, Lipowczyk M. An outpatients department for released prisoners and people with mandatory treatment: interest of a medical-judiciary partnership against recidivism. IAFMHS, 8e conférence annuelle ; 2008 ; Vienne.*
22. *De Beaurepaire C, Lipowczyk M, Lansalot S, David K. An epidemiological study of psychopathology in long term sentenced detainees from the CNO in the Fresnes prison (France). IAFMHS, 8e conférence annuelle; 2008; Vienne.*
23. *De Beaurepaire C. Non-lieu, un psychiatre en prison. Paris : Fayard, 2009.*
24. *De Beaurepaire C. Secret professionnel : un (im)possible partage ? L'expérience d'une consultation médico-psychologique à vocation médico-légale, TGI de Créteil, ANJAP.*

Intérêt et finalité d'une consultation médico-légale

Quelle peut être alors la finalité d'une structure de soins à vocation médico-légale ? Comment articuler des logiques qui n'ont, a priori, rien en commun ? Quel sens donner à cette articulation, et comment nommer un fonctionnement de ce type ? Partenariat ? Selon quels arguments ? Par exemple, suivant ces principes consistant à :

- adhérer au fait que le patient a des troubles et que l'infraction en témoigne ;
- rappeler que les missions du médecin comportent, outre le traitement et les soins des malades, la prévention, l'éducation à la santé et la défense de la santé publique : aucun médecin n'aurait de réel état d'âme à déclarer à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) une affection contagieuse, potentiellement néfaste pour la collectivité, ni à chercher par tous les moyens à vacciner un enfant, contre l'avis de ses parents, estimant qu'il est de son devoir d'agir en faveur de la collectivité tout en soignant un patient. Il n'est alors plus question de "contrôle" social, mais d'exercer son métier en prodiguant des soins dont on sait qu'ils contribuent aussi à préserver la collectivité.

À propos de l'exercice professionnel et de la relation patient/soignant

Les soins obligés ne constituent en aucune façon un obstacle à ce que s'établisse une vraie relation thérapeutique qui permette un travail psychologique efficace et fécond. L'effort initial doit avoir pour objectif l'atténuation des résistances induites par la culpabilité, la honte ou la faible estime de soi, qui tendent à interdire tout nouage relationnel et toute relation de confiance. L'un des fils conducteurs du thérapeute tient d'ailleurs à la "re-narcissisation" de son patient.

À propos des relations avec la justice

Dans le cas des obligations de soin, le médecin n'a pour tout contact avec la justice que la signature d'une attestation. C'est en fonction des situations et de sa conscience qu'il peut échanger avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) ou le JAP, qu'il s'agisse de la situation générale de son patient ou d'un point particulier qu'il lui semble devoir, non pas porter à la connaissance de ses interlocuteurs, mais proposer à la discussion et à la réflexion en commun.

Dans le cas des injonctions thérapeutiques, le médecin traitant est déchargé de ces échanges, du fait du recours au médecin coordonnateur dont c'est exactement le rôle. Dans ce cas, le partage des informations se fait entre deux médecins, ce qui était exactement le sens du dispositif.

En conclusion, en dépit des paradoxes ontologiques de la "chimère médico-judiciaire", compte tenu de l'état des connaissances dans le domaine et de la gravité des enjeux, le principe de soins pénalement ordonnés constitue une véritable opportunité, pour l'infracteur et ses victimes potentielles, mais aussi pour le médecin qui enrichit ses connaissances et ses pratiques. On peut déplorer ici le silence, l'absence et la démission des tutelles de santé dans un domaine qui est le sien et qui requiert des moyens de recherche, afin de redonner aux "soins" leur légitimité et de traiter enfin les auteurs de violences sexuelles dans le champ qui est celui de leurs troubles. ■

Pour en savoir plus…

➤ *Cote G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. Criminologie 2001;34(1):31-45.*
➤ *Falissard B, Loze JY, Gasquet I et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33.*
➤ *Loza W. Predicting violent and non violent recidivism of incarcerated male offenders. Aggression and Violent Behavior 2003;8:175-203.*
➤ *Pham TH, Chevrier I, Nioche A et al. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. Annales médico-psychologiques 2005;163:842-5.*